

# ANAMNESEBOGEN FÜR SPORTTAUCHER

Name:

geb:

Anzahl der Tauchgänge:      Ausbildungen:

Sonstige Sportarten regelmäßig (= mindestens 2-3 x/Woche):

-----

Hatten Sie Krankenhausaufenthalte, Operationen oder schwere Verletzungen? Z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Gehirnerschütterung, Komplizierte Knochenbrüche, Pneumothorax oder andere?

nein     ja    und zwar:

-----

Leiden oder litten Sie jemals an Epileptischen Anfällen, Gleichgewichtsstörungen, Drehschwindel, Bewusstlosigkeit, Migräne, oder anderen neurologischen Störungen?

nein     ja    und zwar:

-----

Leiden oder litten Sie an Angstreaktionen, Panikattacken, Klaustrophobie oder Agoraphobie (Angst auf weiten freien Plätzen), Depressionen oder sonstigen psychischen Erkrankungen?

nein     ja    und zwar:

-----

Brauchen Sie Brillen oder Kontaktlinsen? Haben Sie Augenerkrankungen (z.B. ein Glaukom?)

nein     ja    und zwar:

-----

Leiden Sie an verstopfter Nase, häufigen Nasennebenhöhlenentzündungen?

nein     ja    und zwar:

-----

Leiden Sie an Erkrankungen des Ohres, Mittelohres oder Innenohres? Hatten Sie schon einmal eine Trommelfellperforation, häufige Gehörgangsentzündungen, Hörstörungen oder Gleichgewichtsprobleme?

nein     ja    und zwar:

-----

Leiden oder litten Sie an Asthma, chronischer Bronchitis, Lungenentzündung, Anstrengungsasthma (Husten nach Anstrengungen) oder einer

Lungenerkrankung ?

nein     ja    und zwar:

-----

Wurde schon einmal ein Lungenröntgen gemacht

nein     ja    und zwar:

-----

Wurde schon einmal ein EKG gemacht?

nein     ja    und zwar:

-----

Hatten Sie schon mal eine Herzerkrankung (Herzmuskelentzündung), Herzinfarkt, Angina pectoris, (Druck auf der Brust bei Anstrengung), oder Herzschwäche? Hohen Blutdruck? Zu niedrigen Blutdruck? Kreislaufbedingte Ohnmachtsanfälle oder kurzzeitige Synkopen? Herzrhythmusstörungen? Thrombosen?

nein  ja und zwar:

---

Leiden Sie unter Problemen des Verdauungstraktes? Durchfällen, Magengeschwür? Gallensteinen? Leistenbruch?

nein  ja und zwar:

---

Haben Sie Probleme von Seiten des Harntraktes? Nierensteine? Koliken? Häufige Harnwegsinfekte?

nein  ja und zwar:

---

Leiden oder litten Sie an Problemen mit dem Rücken (z.B. Bandscheibenproblemen), Gelenken, habituellen Luxationen (Ausrenkungen) der Schulter, Hüfte, oder Kniescheibe?

nein  ja und zwar:

---

Leiden Sie an Diabetes oder einer anderen Stoffwechselerkrankung? (Schilddrüse, .....

nein  ja und zwar:

---

Leiden Sie an Allergien? Hatten (haben) Sie Heuschnupfen oder Neurodermitis?

nein  ja und zwar:

---

Hatten Sie in den letzten Wochen eine fieberhafte Erkrankung?

nein  ja und zwar:

---

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

nein  ja und zwar: ..... Zig. / Tag

---

Alkohol?  nie  mäßig  regelmäßig

---

Für Frauen: Sind Sie derzeit schwanger?  nein  ja

---

Haben oder hatten Sie sonstige Erkrankungen oder gesundheitliche Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?

nein  ja und zwar:

---

Ich erkläre, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort, Datum.....

Unterschrift: